

BIANALISI - CMS ROVELLASCA

Via Dante Alighieri, 72

22069 Rovellasca (Co)

Tel. 02 96 34 37 94

info.cms@bianalisi.it

Direttore Sanitario: Dott. Luigi Simonetto

Nome e Cognome ATLETA \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

Barrare il riquadro **DOMANDE RIFERITE AL SOGGETTO DA VISITARE**E' la prima volta che esegue una visita di idoneità per lo sport? sì  no Se **no**, è mai stato giudicato **NON IDONEO**? sì  no  oppure **SOSPESO**? sì  no Se ha già eseguito visite per l'idoneità sportiva, sono mai stati richiesti degli esami ulteriori? sì  no 

Soffre o ha mai sofferto di malattie come:

**diabete** sì  no  **malattie o aritmie cardiache** sì  no  **ipertensione arteriosa** sì  no **epilessia** sì  no  **altre patologie neurologiche** sì  no **allergie** sì  no  **asma** sì  no  **altre patologie dell'apparato respiratorio** sì  no Ha mai avuto episodi di **perdita di coscienza**? sì  no Ha mai subito **traumi cranici**? sì  no  **con perdita di coscienza**? sì  no Ha mai subito **infortuni rilevanti**? sì  no  Quali? \_\_\_\_\_Ha mai subito **interventi chirurgici**? sì  no  Quali? \_\_\_\_\_**Soffre di alterata funzione di organi** quali: rene – fegato – milza – stomaco – intestino – altro sì  no Attualmente sta assumendo **farmaci**? sì  no  Se sì, per quale motivo? \_\_\_\_\_

Durante o al termine di un impegno sportivo ha mai lamentato malesseri quali:

**dolori al torace** sì  no  **disturbi del ritmo cardiaco** sì  no  **perdita di coscienza** sì  no Ci sono **eventuali altre problematiche** che la riguardano e che intende segnalare al medico visitatore? sì  no **DOMANDE RIFERITE AI FAMILIARI (GENITORI, FRATELLI, NONNI)****Diabete** sì  no  Chi? \_\_\_\_\_**Patologie cardiache** sì  no  Chi? \_\_\_\_\_**Iipertensione arteriosa** sì  no  Chi? \_\_\_\_\_**Morte improvvisa prima dei 40 anni** sì  no  Chi? \_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE: io sottoscritto dichiaro di aver correttamente ed esattamente informato il medico delle mie pregresse ed attuali condizioni psicofisiche, dei pregressi ed attuali quadri patologici e di non essere mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite di legge o di essere in attesa di giudizio idoneativo da parte di altro medico.

**Firma del dichiarante (se maggiorenne) o del genitore/esercente patria potestà (se minorenne)**